

12. Jahrestagung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie
(DeGPT)
4. bis 7. März 2010
Göttingen



University of Zurich



Evidenzbasierte Behandlung traumatisierter Kriegs- und Folteropfer

Julia Müller
Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer (afk)
Psychiatrische Poliklinik
UniversitätsSpital Zürich
Schweiz



Unterschiedlichste, schwere Typ-II-Traumatisierungen sind die Regel

„In der Nacht überfielen die Rebellen unsere Hütte. Sie töteten meinen Mann, mich vergewaltigten sie. Als ich wieder zu mir kam waren meine acht Kinder nicht mehr da. Ich habe sie nie mehr wieder gesehen. Ich weiss nicht, was ihnen geschehen ist.“

Helène, Kongo

„Nachdem die Granatsplitter getroffen hatten, hingen meinem Bruder die Gedärme aus dem Bauch . [...] Er starb in meinen Armen.“

Mirsad, bosnischer Junge (14)

„Wir mussten die Organe unserer getöteten Feinde essen.“

James, ehemaliger Kindersoldat aus Liberia

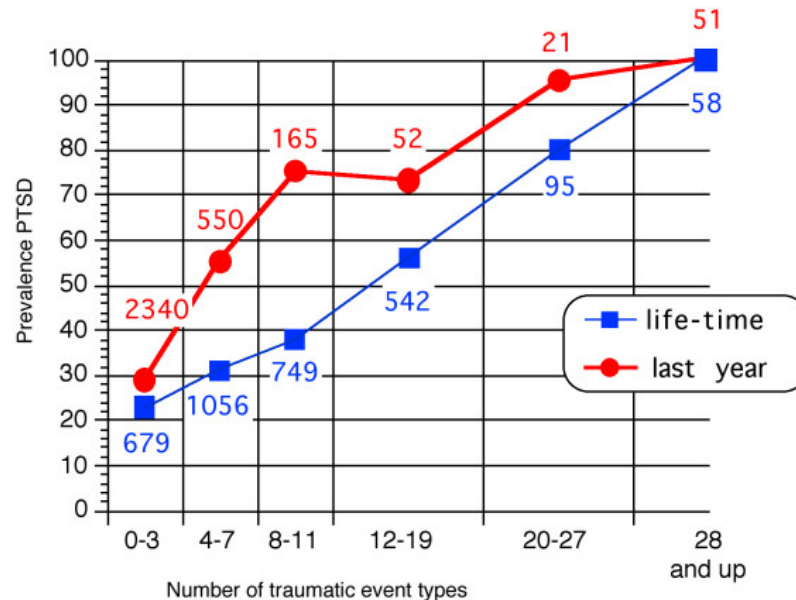
„Ich habe im Gefängnis meinen Freund foltern müssen.“

Ali, ehemaliger kurdischer PKK-Kämpfer

„Die serbischen Soldaten zwangen uns im Lager Omarska vor ihren Augen miteinander Sex zu haben. Dann verhöhnten sie uns als schwule Säue.“

Murat, bosnischer Kriegsgefangener

Hohe PTSD-Raten nach Erleben von Krieg- und Folter



Neuner et. al, 2004

- **30-50% aller Asylbewerber & Flüchtlinge leiden unter PTSD**
(Silove et al., 1997)
- **Verschlechterung der psychischen Gesundheit abgelehnter Asylsuchender vor ihrer Abschiebung.**
(Silove et al., 2007)



Vorstellung dreier ausgewählter Arbeiten

- 1. einer Studie zur psychischen Gesundheit abgelehnter Asylsuchender in der Schweiz**
- 2. eines Fallberichts über die traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie mit einem Kriegsopfer**
- 3. einer Studie zur Behandlung somatoformer Schmerzen bei traumatisierten Migranten**



Soziodemographie

			Abgelehnte Asylsuchende N = 40	Asylsuchende (Verfahren hängig) N = 40
Alter*		<i>M (SD)</i>	32.1 (7.1)	32.4 (7.9)
Männlich*		<i>N (%)</i>	38 (95.0)	38 (95.0)
Ledig		<i>N (%)</i>	36 (90.0)	25 (62.5)**
Schuljahre*		<i>M (SD)</i>	9.8 (4.7)	9.7 (4.2)
Herkunft	Westasien (inkl. Türkei)	<i>N (%)</i>	16 (41.0)	16 (40.0)
	Afrika		18 (46.2)	11 (27.5)
Religion	muslimisch	<i>N (%)</i>	14 (35.0)	20 (57.1)
	christlich		19 (47.5)	9 (25.7)
Gründe für Migration	Krieg	<i>N (%)</i>	4 (12.1)	7 (17.5)
	Politisch verfolgt		9 (27.3)	16 (40.0)
	Ethnisch-religiös verfolgt		20 (60.6)	9 (22.5)
Anzahl erlebter Traumata*		<i>M (SD)</i>	6.7 (4.5)	6.7 (3.5)

* Matching Variablen

Mueller, J., Schmidt, M., Staeheli, A. & Maier, T. (in press). *Mental health and living in illegality: a cross-sectional comparison of failed and not-yet failed asylum seekers*. European Journal of Public Health.

Psychopathologieraten



Psychopathologie		Abgelehnte Asylbewerber	Asylbewerber (Verfahren hängig)
PTSD-Diagnose ^a	Vollbild	45%	50%
	Partiell ^b	23%	28%
Klinisch signifikante Angst ^c		78%	68%
Klinisch signifikante Depressivität ^c		88%	82%

^a diagnostiziert mit der Posttraumatic Diagnostic Scale

^b subklinisch: 2 von 3 DSM-IV-Kriterien erfüllt

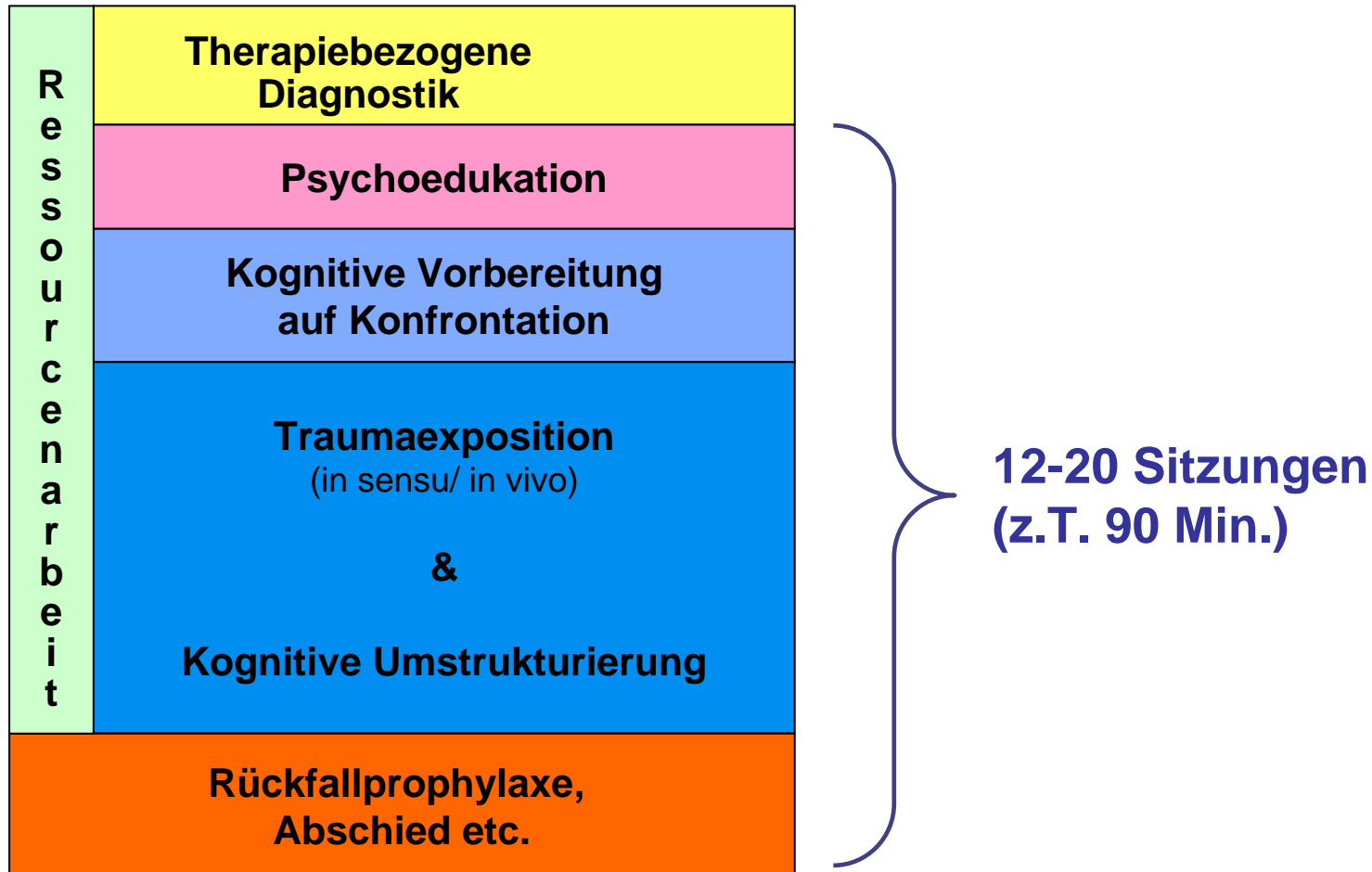
^c diagnostiziert mit der Hopkins Symptom Checklist

- vergleichbar schlechte psychische Gesundheit beider Gruppen
- juristische Entscheidungsträger scheinen die Schutzbedürftigsten unter den Asylbewerbern nicht zu erkennen
- Recht auf vorläufige Aufnahme bei im Heimatland unbehandelbarer Krankheit
- Problematisch
 - Lange und belastende Asylverfahren
 - Rückzug von Gesundheits- und Sozialhilfeleistungen nach Ablehnung der Asylgesuche

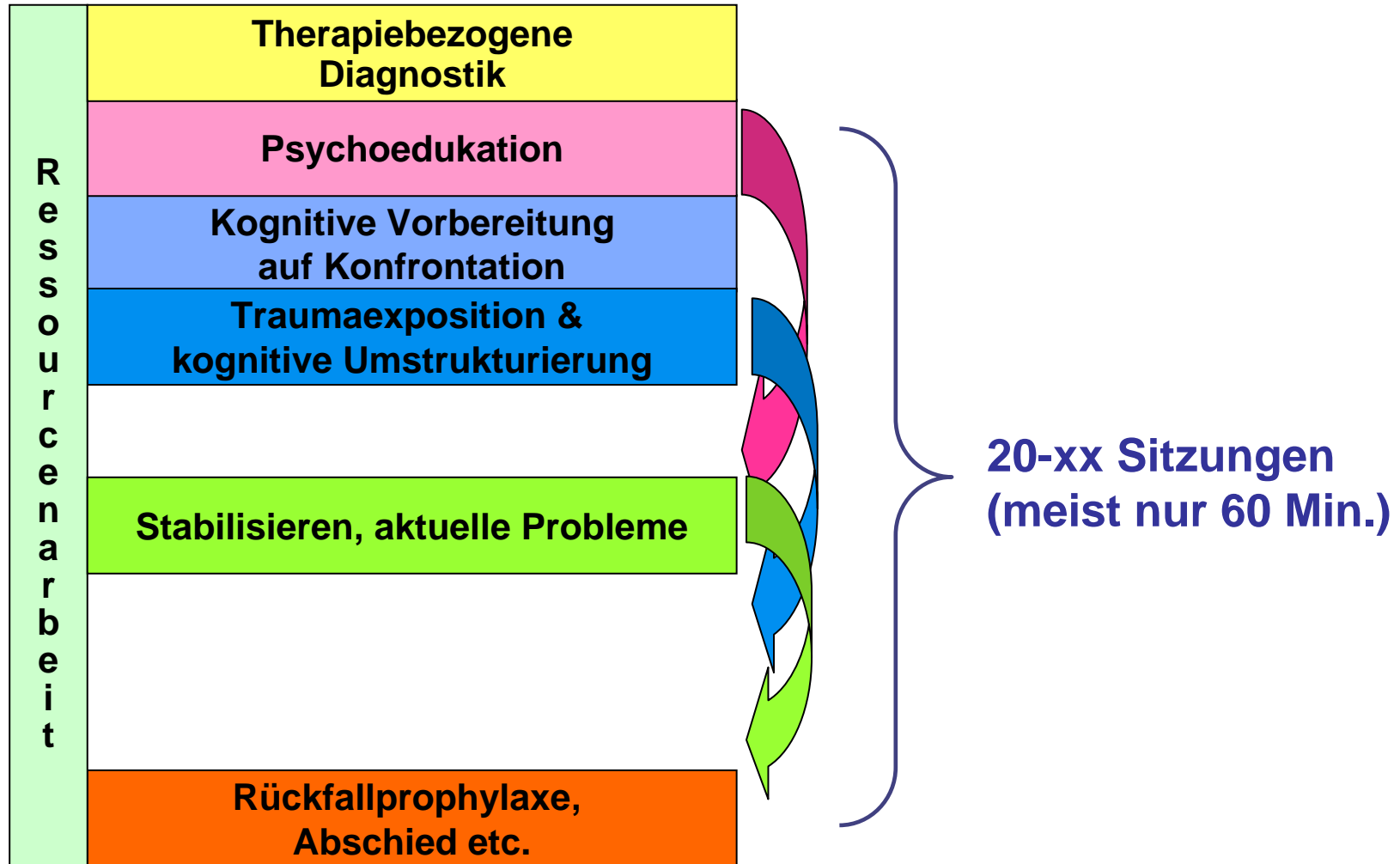


- **Traumafokussierte Verfahren gelten international als Methode der Wahl zur PTSD-Behandlung**
- **Erste Studien zeigen: Auch bei traumatisierten Asylsuchenden anwendbar und effizient**
- **Jedoch: Schwere Symptome und unsichere/belastende Lebenssituation können im Therapieverlauf wiederholte Krisen auslösen, die eine Unterbrechung der Traumakonfrontation nötig machen.**

Standardablauf von PTSD-Therapie



Therapeutische Realität mit Kriegs- und Folteropfern



Monitoring mit der PTSD-Symptom-Skala



Messzeitpunkte	Intrusionen		Vermeidung		Hyperarousal		PTSD-Diagnose (DSM-IV)
	H	S	H	S	H	S	
Prämessung	3.8	3.6	2.9	3.3	3.4	3.8	JA
Verlaufsmessung^a	2.6	3.0	2.7	2.7	3.2	3.4	JA
Postexpositionsphase^b	1.8	1.6	1.3	1.3	2.4	1.6	JA
Follow-up (18 Monate)	0.8	0.8	0.1	0.3	0.6	0.8	NEIN

Anmerkungen.

Range: 0-4

H = Häufigkeit, S = Schweregrad.

^azwischen Sitzung 48 und 49 (Messung erhoben für vom Bundesamt für Migration angeforderten Arztbericht).

^bnach Sitzung 69



- **PTSD-Remission in Katamnese**
- **Symptomrückgang ermöglicht sukzessive Neugestaltung des Lebens**
→ darum ist frühes Konfrontieren oft sinnvoll
- **Schwierig: Balancefinden zwischen „ultrakurzer“ und „ewiglanger“ Therapie**
→ Individuelle Anpassung an Patienten, nicht an Therapeuten!
- **Flexible Anwendung von KVT-Strategien, statt rein manualisiert,**
→ bei Bedarf Einsatz adjuvanter Stabilisierungsmassnahmen
- **zirkuläre Phasenwechsel (d.h., auch nach Krisen wieder traumafokussiert weiter arbeiten)**
- **Diese Therapieform belastet nicht nur den Patienten sondern auch die Therapeuten**



Zusammenfassung der Therapie mit den Worten des Patienten



„Es ging mir jedes Mal drei Tage lang schlecht nach der [Expositions-]Therapie, dann ging es mir vier Tage besser, und dann musste ich wieder in die Therapie und ich wusste, es wird wieder schlimm. [...] Ich habe Sie gehasst. Und ich dachte jedes Mal, das ist das letzte Mal, dass ich komme. Aber dann merkte ich, dass es das Einzige ist, was mir hilft, und ich bin wieder in die Therapie gegangen. [...] Und jetzt weiß ich, dass Sie mir das Leben gerettet haben, und ich bin endlich wieder ich selbst“.



„Immer wenn ...



... ich Schmerzen habe, kommen die Bilder von den Folterungen in mir hoch“

... die Erinnerungen hochkommen, dann kriege ich wieder Schmerzen“



Grundlegendes

- **34-80% aller PTSD-Patienten haben chronische Schmerzen**
(Otis et al., 2003)
- **Komorbidity bei Flüchtlingen**
 - **41% ohne Folter**
 - **62% nach Folter** (Van Ommeren et al., 2002)
- **75% aller AFK-Patienten haben diese Komorbidity**
- **Chronische Schmerzen als Therapiehürde**
- **Bisher keine überzeugenden Behandlungskonzepte für Komorbidity**

Adaptierte Biofeedback-Intervention

Manualisiert, 10 Sitzungen à 90 min., mit Dolmetscher

Sitzungen 1 & 2

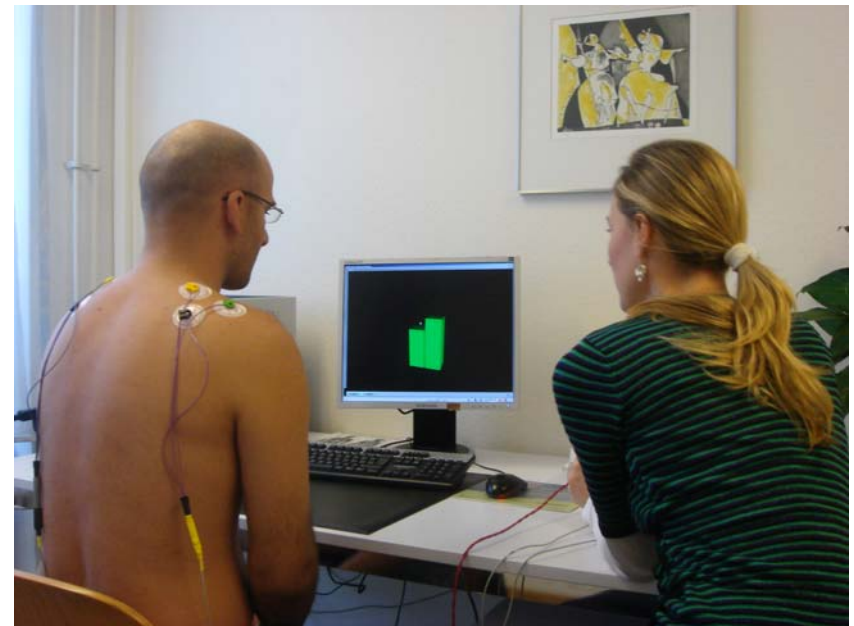
- Aktuelle Beschwerden und Lebenssituation
- Psychoedukation
- Entwicklung eines individuellen Störungsmodells

Sitzungen 3 - 9

- Erarbeiten & individueller Entspannungsverfahren
- Biofeedbackgestützte Übungen
- Integration in Alltag

Sitzung 10

- Evaluation erlernter Strategien





Pilotstichprobe



Anzahl Teilnehmer	11
Geschlecht	
Weiblich	8 (73%)
Alter (in Jahren)	$M = 35.7, SD = 6.1$
Aufenthaltsdauer (in Monaten)	$M = 93.0, SD = 98.6$
Nationalität	
Kurdisch	8 (73%)
Bosnisch	3 (17%)
Ausbildung (in Jahren)	$M = 7.3, SD = 2.2$
Derzeit ohne Arbeit	11 (100%)
Unsicherer Aufenthaltsstatus	8 (73%)

Mueller, J., Denke, C., Karl, A., Mathier, F., Dittmann, J., Rohleder, N. & Knaevelsrud, C.(2009). *Somatoform Pain Disorder and PTSD in Migrants – Initial Findings on the Efficacy and Feasibility of CBT-Biofeedback*. Cognitive Behaviour Therapy, 38(3), 184-190.

Ergebnisse 3-Monatskatamnese



Skalen	3-Monatskatamnese (N = 7)		Veränderung Prä-Messung - 3-Monatskatamnese	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>d</i>
Schmerzintensität	04.71	01.11	-0.79	.30
Beeinträchtigung durch Schmerz	16.38	07.07	-0.37	.13
Kognitive Bewältigung	38.57	05.79	-1.02	.38
Behaviorale Bewältigung	31.42	06.85	-1.75	.71
Angst	24.83	08.32	+1.62	.66
Depression	31.12	15.11	+1.93	.56
PTSD	31.38	07.32	+2.13	.86
Somatisierung	17.44	06.69	+1.58	.59



Diskussion und Ausblick



- **Die Intervention wurde gut akzeptiert**
- **Hohe Behandlungstoleranz**
 - Drop-outs (15%) nicht behandlungsbezogen
- **Erste Hinweise für die Wirksamkeit der BFB-KVT für traumatisierte Migranten mit chronischen Schmerzen**
- **Verbesserte Schmerzwahrnehmung und -bewältigung, Effekte bez. Psychopathologie noch unklar**
- **Dies sind Ergebnisse der Vorstudie**
- **Aktuell: Auswertung der multizentrischen randomisierten Kontrollgruppestudie**



Diese Arbeit wäre niemals möglich ohne ...

... Trauma-Weggefährtinnen

Christine Knaevelsrud, Birgit Wagner, Anke Karl, Jane Herlihy und Anne Boos

... Kollegen und Mitarbeiter des afks, insbesondere

Thomas Maier, Martina Schmidt, Naser Morina und Jacqueline Kamm

... Unterstützung von oben

Ulrich Schnyder, Michael Rufer und Ulrike Ehlert

... meine Familie

Roman Puls, Götz und Sula Müller

... denen ich allen von Herzen danke!



University of Zurich



**und Ihnen danke ich für Ihre
Aufmerksamkeit!**

